

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N° 918

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis, Eugène GELLÉ

Ancien Interne des Hôpitaux d'Amiens

Né le 10 Novembre 1928, à PROVINS (S.-&-M.)

présentée et soutenue publiquement le

ETUDE CRITIQUE DE LA FONCTION DE L'OVAIRE RESTANT

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1959

--:-

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Louis, Eugène GELLÉ

Ancien Interne des Hôpitaux d'Amiens

né le 10 novembre 1928 à Provins (S. & M.)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

ETUDE CRITIQUE DE LA FONCTION
DE L'OVAIRE RESTANT

--:-

Président : Monsieur L. de GENNES (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel).....	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur-(Hôtel-Dieu	
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L)
	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
Cliniques médicales	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal N...
obstétricales	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

	MM.
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (ch. à t. pers.)	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch. BUSSE (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J) VOURC'H (G) NEVOT (A) pr.s.ch. BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P) DESGREZ (P) pr.s.ch. POLONOVSKI (J) m.conf. SCHAPIRA (G) m.conf. BOURLIERE (F) m.conf. DENOIX (P) MATHE (G) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) TUCHMANN-DUPLESSIS (H) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Anatomie pathologique	
Anesthésiologie	
Bactériologie	
Biochimie médicale	
Biologie médicale	
Carcinologie	
Dermato-syphiligraphie	
Electro-radiologie	
Embryologie	
Hématologie	
Histologie	

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J)
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGGAT (P)
	(SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch.
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
Pathologie chirurgicale	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.per.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(ERICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale.....	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture.....	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie.....	(PARROT (J) pr.s.ch.
	(DEJOURS (P)
	(GOUGEROT (L) m.conf.
Physique médicale.....	(KELLERSHON
Pneumo-phtisiologie.....	KREIS (B)
Psychiatrie.....	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile.....	DUCHE (D)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique.....	(LAMOTTE (M)
Urologie.....	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

MM.

Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)	Clinique obsté-	(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	tricale	(MAYER (M)
Clinique médicale	(PADOVANI (P)		(MERGER (P)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H)
	LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Grand'Père
le Docteur Louis GELLÉ

A mon Père, le Docteur Pierre GELLÉ

A ma Mère,

En témoignage de mon
affection filiale.

A ma Femme,

A mes Enfants,

A tous les miens.

A Monsieur le Professeur de GENNES

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Broussais,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Témoignage de reconnaissance.

A tous mes Maîtres dans les Hôpitaux
et à la Faculté de Médecine de Paris

A mes Maîtres du Nouvel Hôpital d'Amiens,

A Monsieur le Professeur GIRARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux d'Amiens

A Monsieur le Professeur PARIS
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux d'Amiens

A mes Camarades d'Internat

A tous mes Amis

ETUDE CRITIQUE
DE LA FONCTION DE L'OVAIRE RESTANT

- I -

INTRODUCTION

--

Il persiste encore un certain nombre d'inconnues sur la fonction ovarienne après la ménopause physiologique ; mais ce qui est plus curieux encore, c'est que l'unanimité est loin d'être faite sur le comportement de l'ovaire restant lorsque, chez la femme jeune, encore réglée, on a dû procéder à une hystérectomie, voire à une ovariectomie unilatérale ; dans ce cas, quel est le sort de l'ovaire restant, qui, au moment de l'intervention, était encore pleinement fonctionnel, et qui se trouve privé du récepteur qu'est la muqueuse utérine ?

Ces questions ont un gros intérêt doctrinal ; mais plus encore, elles sont d'une extrême importance pratique, puisque de leur réponse dépendra l'attitude à adopter lorsque, pour une lésion bénigne ou maligne, une hystérectomie doit être pratiquée. Dans cette éventualité, l'ovaire restant va-t-il assurer sa fonction hormonale normale, conservant ainsi à la malade un bon équilibre biologique ; ou bien, va-t-il perdre son activité fonctionnelle, ou encore, comme certaines observations tendent à le montrer, subir une dégénérescence kystique, et même, exceptionnellement, maligne ?

Le chirurgien, le gynécologue, l'endocrinologue aussi se trouvent donc devant un

dilemme difficile à trancher, et qui doit être résolu devant chaque cas particulier : lorsqu'on est amené à pratiquer une hystérectomie, doit-on systématiquement conserver, chaque fois que possible, les ovaires, ou doit-on les retirer, pour soumettre ensuite la malade à une hormonothérapie de remplacement ?

C'est pour tenter, sinon de répondre à ces questions, tout au moins d'en éclaircir les données, mais cela uniquement sur le plan médical, endocrinien, qui est le nôtre, que nous avons entrepris le présent travail. La décision de la suppression ou de la conservation de l'ovaire est dans les mains du chirurgien qui, per-opératoirement, juge de l'état des gonades. Toute attitude systématique risque d'être néfaste.

On voit alors des prises de position prudentes qui reflètent bien toute la complexité du problème, et la nécessité de ne le résoudre que pour chaque cas particulier. C'est ainsi que s'appuyant sur plus de 800 observations, P. FUNCK-BRENTANO est arrivé aux conclusions suivantes :

"La conservation ovarienne est utile, elle n'est pas nuisible".

Et, plus loin :

"Autrefois, le chirurgien, au cours d'une hystérectomie, hésitait à conserver les annexes. Aujourd'hui, c'est à leur suppression que doit aller son hésitation".

Ainsi, une voix autorisée entre toutes montre qu'il ne saurait y avoir d'ovariectomie systématique ; mais il devient alors des plus importants de connaître le comportement de l'ovaire restant : c'est à cet aspect endocrinien du problème que nous avons voulu

consacrer le présent travail.

La question est d'ailleurs à l'ordre du jour : il n'est, pour s'en convaincre, que de parcourir la littérature médicale mondiale de ces dernières années :

- une série de publications concerne la fonction ovarienne au niveau de la glande restant après hystérectomie. NOVAK en 1951 a cherché à mettre la physiologie au service de cette étude. G. WEILL en 1952 a précisé les conditions d'apparition d'une hypertrophie compensatrice, mais aussi d'une dégénérescence kystique. KERYELL a eu la bonne fortune de pouvoir vérifier quatre à huit ans après l'intervention initiale, l'état de l'ovaire restant (1952). DOYLES d'après 546 interventions et 704 pièces opératoires, a montré la fréquence de l'ablation systématique d'ovaires sains et normaux. MAGENDIE en 1953 a surtout voulu préciser le comportement hormonal de l'ovaire restant, MUTH en 1953 également, étudiant la fonction ovarienne après hystérectomie. RANDALL et GERHARDT toujours en 1953, discutent des avantages et des risques de la conservation de l'ovaire chez les femmes de plus de 45 ans. GOMES DA SILVEIRA cherche lui aussi les effets de l'hystérectomie sur la fonction ovarienne (1956), CRANGU décrit les modifications de l'organe restant après ovariectomie unilatérale (1957). MOULONGUET a consacré, en 1958, d'importants développements à la question des avantages et des limites de la conservation ovarienne dans les hystérectomies. KREBS a montré que la fonction hormonale de l'ovaire pouvait être préservée dans le traitement radio-chirurgical du cancer du col utérin chez la femme jeune (1958). FUNCK-BRENTANO enfin, en 1958, a longuement étudié le comportement de l'ovaire restant après hystérectomie.

Ou bien la fonction hormonale est conservée chez la femme jeune, et la conservation ovarienne était justifiée. Ou bien cependant l'organe subit des modifications pathologiques graves faisant regretter son maintien :

- la dégénérescence kystique est une évolution relativement fréquente de l'ovaire restant : MAGENDIE, LEGER et KOLENC, en particulier, ont rapporté en 1953 une belle observation de kyste de l'ovaire après hystérectomie subtotale, pour tumeur d'origine choriale probable.

Mais on cite aussi des cas de cancer de l'ovaire; et il faut alors préciser l'indication de l'hystérectomie, et aussi l'état de l'ovaire au moment de l'intervention initiale. Car si une lésion maligne est déjà présente, méconnue, ce n'est pas l'ablation de l'utérus qui en a déterminé l'éclosion. En 1951, THORP a rapporté une belle observation de cancer de l'ovaire secondaire à une hystérectomie, et en 1955 COUNSELLER, HUNT et HAIGLER jr ont décrit un cas de cancer de l'ovaire à la suite de l'hystérectomie. De tels faits, bien que rares, et dans lesquels la responsabilité directe de l'hystérectomie n'est pas toujours bien établie, doivent cependant être une raison supplémentaire pour mieux connaître la valeur fonctionnelle de l'ovaire restant ; car si cette valeur est nulle, ou amoindrie, le risque de la conservation de l'ovaire ne doit plus guère être couru. Inversement, si l'on maintient un organe fonctionnellement normal, évitant l'hormonothérapie de remplacement, la conservation est bénéfique et doit être adoptée.

Nous allons voir d'ailleurs que le problème ne se pose pas avec tant de précisions, et que chaque cas demande ses solutions propres, puisqu'y interviennent l'âge de la

malade (encore réglée, ou déjà ménopausée) et surtout l'indication, bénigne ou maligne, de l'ablation de l'utérus.

°°°

Pour faire le tour du problème, nous avons donc décidé d'envisager d'abord les circonstances étiologiques à considérer, indication de l'hystérectomie, état de l'ovaire, âge de la malade :

- puis nous verrons quel est le comportement de l'ovaire restant, quelle est sa fonction hormonale, comment et pourquoi il peut dans certains cas subir la dégénérescence kystique, et même maligne. Ces données serviront alors de base à une discussion établissant une manière de bilan, sur les avantages et les inconvénients, suivant les cas, de la conservation ou de l'ablation de l'ovaire.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

-:-

L'ovaire normal est laissé en place ou, au contraire, systématiquement retiré, au cours d'hystérectomies, plus exceptionnellement il s'agit d'une ovariectomie unilatérale, laissant en place l'organe congénère.

Mais si l'hystérectomie est par elle-même un facteur susceptible de retentir sur la fonction de l'ovaire restant, c'est bien davantage l'indication qui l'a motivée, et l'âge de la malade - réglée encore, ou ménopausée - qui interviendront dans le comportement de l'organe.

J.C. DOYLES a récemment consacré une vaste étude aux ovariectomies inutiles, ce qu'il a pu constater chez 546 malades opérées et 704 ovaires normaux excisés : dans tous ces cas, l'ovariectomie avait entraîné la perte de la fonction ovarienne normale. Il est intéressant d'étudier dans cette série l'âge des malades, l'indication de l'intervention, l'état de l'ovaire retiré :

45 malades avaient entre 20 et 29 ans, 56 ovaires ont été excisés. Les organes ont été normaux dans 16 cas, porteurs de kystes folliculaires physiologiques dans 11 cas, de corps jaunes dans 7 cas, de corps hémorragiques dans 10 cas ; un ovaire présentait une atrophie fibreuse. Onze de ces femmes avaient subi une ovariectomie bilatérale.

Les symptômes cliniques ayant entraîné l'intervention avaient été 26 fois des troubles des règles, métrorragies, ménorragies, avec 31 fois des douleurs pelviennes, 10 fois de la dysménorrhée, une seule fois une masse abdominale avait été perçue ; le diagnostic pré-opératoire avait été 6 fois un fibrome, 16 fois un kyste de l'ovaire, 7 fois une endométriose, 13 fois une salpingite et une fois une cervicite chronique, 3 fois une malposition utérine, 4 fois une masse tumorale annexielle, 4 fois une adénomyomatose, deux fois des adhérences ; diagnostic souvent confirmé à l'intervention, bien que dans 12 de ces cas on n'ait trouvé aucune affection réelle (15,5 % des cas).

Entre 30 et 39 ans nous trouvons 148 malades avec 177 ovariectomies. Dans 45 cas l'ovaire était absolument normal, et dans les autres cas, il présentait les variations physiologiques lutéiniques, hémorragiques. Ici dans 80 cas il y avait des troubles des règles, méno. et métrorragies surtout. Le diagnostic pré-opératoire avait été un fibrome dans 59 cas, un kyste de l'ovaire dans 45 cas, une cervicite chronique dans 21 cas, une endométriose dans 17 cas, une salpingite dans 15 cas, une rectocèle dans 7 cas, un cancer du corps utérin, et 7 fibromes. Si dans 35 cas, on ne trouva aucune lésion pathologique, le fibrome existait bien dans 51 cas, l'adénomyomatose dans 10 cas, des polypes dans 10 cas, l'endométriose dans 17 cas, un kyste de l'ovaire dans deux cas seulement.

182 malades entre 40 et 45 ans ont subi l'ablation de 230 ovaires normaux avec ici encore des symptômes d'hémorragies, de douleurs pelviennes, et un diagnostic de fibrome dans 131 cas, de kyste de l'ovaire dans 35 cas, de cervicite chronique dans 10 cas, d'endométriose dans 14 cas, de cancer du corps dans 6 cas. Entre 20 et 45 ans, 375 ma-

lades ont donc subi 463 ovariectomies, concernant dans 40,4 % un organe normal, dans 22,3 % un organe portant des variations physiologiques folliculaires, dans 20,3 % des cas un corps jaune kystique, dans 15,5 % un kyste hémorragique, dans 1,1 % des lésions fibreuses.

Entre 46 et 49 ans, 96 femmes ont subi 126 ovariectomies, au-delà de 50 ans, nous trouvons 75 femmes et 115 ovaires excisés. Le total montre que le diagnostic pré-opératoire pour toutes ces malades de tous âges avait été :

- un fibrome dans 56,5 % des cas,
- un kyste de l'ovaire dans 20,5 % des cas,
- une cervicite chronique dans 8 % des cas,
- une endométriose dans 7,1 % des cas,
- une salpingite dans 6,9 % des cas,
- une rectocèle dans 6,4 % des cas,
- un cancer utérin dans 5,1 % des cas,
- une rétroversion utérine dans 4,2 % des cas,
- une masse annexielle dans 4,2 % des cas,
- un prolapsus dans 4 % des cas,
- un fibrome de l'utérus dans 3,2 % des cas,
- viennent ensuite une cystocèle, des polypes, une adénomyomatose, des adhérences, des hémorragies vaginales ou fonctionnelles.

Dans certains cas, l'inutilité de l'ovariectomie est particulièrement apparente :

Il s'agit de femmes jeunes, entre 22 et 33 ans, ayant subi une salpingo-ovariectomie ; les ovaires examinés étaient en tous points normaux. Le diagnostic pré-opératoire avait été kyste de l'ovaire, adhérences pelviennes, endométriose, grossesse ectopique rompue, salpingite.

Dans la belle série de FUNCK-BRENTANO, concernant 580 observations, 303 malades privées et 277 cas appartenant à la clientèle hospitalière, l'étude de l'ovaire restant

après hystérectomie a été en faveur d'une attitude conservatrice au maximum. Il ne faut en effet pas oublier les troubles neurovasculaires, sexuels ou psychiques de la ménopause chirurgicale auxquels sont exposées les opérées, et contre lesquels l'hormonothérapie palliative ne donne que des résultats incomplets.

L'ovaire doit donc être conservé dans la mesure du possible. Mais quel est son devenir, fonctionnel, endocrinien d'une part, anatomopathologique d'autre part ? C'est ce que nous allons envisager dans les pages qui suivent.

- III -

COMPORTEMENT DE L'OVAIRE RESTANT

-:-

a) La fonction ovarienne après traitement
chirurgical ou radiothérapique de la
lésion utérine.

L'expérimentation sur l'animal en ce qui concerne la fonction de l'ovaire après hystérectomie a donné des résultats assez contradictoires. Chez la femme cependant, il est fréquent de constater que la glande conserve tout ou partie de son activité sécrétoire hormonale. En effet, les caractères morphologiques de la malade demeurent inchangés, le cycle ovarien reste souvent normal, ce que prouvent les courbes thermiques, les frottis vaginaux, et les dosages hormonaux. Il existe cependant, avec une grande fréquence, des troubles fonctionnels. Pour FUNCK-BRENTANO, ils sont surtout d'origine psychique, et les malades de ville qui comprennent mieux l'aspect physiologique de la conservation des ovaires, n'ont pratiquement pas présenté ces symptômes.

Les douleurs pelviennes ont été observées dans les suites de l'hystérectomie, avec ou sans conservation des ovaires. Ce n'est donc pas l'ovaire restant qui en est responsable. Cependant, malgré le caractère conservateur de l'intervention la ménopause apparaît immédiatement dans 20 % des cas.

La fonction ovarienne est cependant perturbée dans la majorité des cas après suppres-

sion de l'utérus ; aussi les troubles ovariens post-hystérectomie ont-ils été expliqués par des facteurs utérins, hypophysaires, nerveux, il semble cependant que le rôle principal revienne aux troubles de la vascularisation de l'ovaire, alors que pourtant celle-ci n'est guère perturbée lorsqu'on conserve non plus seulement l'ovaire seul, mais les annexes. L'ablation de la trompe a paru particulièrement néfaste pour la fonction ovarienne. Celle-ci est demeurée intacte lorsque la salpingectomie reste isolée, en respectant l'utérus, par exemple dans le cas d'une grossesse extra-utérine. La conservation d'un ovaire unique risque dans une assez grande proportion des cas d'être suivie de dysfonction, et cependant, pour FUNCK-BRENTANO, elle apparaît comme souhaitable.

Nous avons pu consulter les dossiers de 18 malades entre 22 et 37 ans, porteuses de cancer du col, traitées par radiothérapie, rayons X ou radium, parfois les deux associés, avec conservation des deux ovaires ou au moins d'un ovaire. Mais les gonades avaient été protégées de la radiothérapie par une technique chirurgicale les déplaçant de leur position normale pour les fixer le plus loin possible du champ irradié sans toutefois compromettre leur irrigation sanguine. 9 de ces cancers en étaient au stade I, 6 au stade II, 3 au stade III. Après laparotomie médiane, on a sectionné le ligament ovarien et mobilisé l'ovaire en respectant bien ses vaisseaux ; l'ovaire a été fixé au péritoine sur le psoas ou en arrière de ce muscle, la distance entre la partie cervicale porteuse de la lésion et le pôle inférieur de l'ovaire étant en moyenne de 13 à 15 cm, parfois de 18 cm. La trompe correspondante n'a été excisée qu'en de rares cas de salpingite intense. Ce déplacement de l'ovaire a été unilatéral dans 7 cas et bilatéral dans 11 cas. La curiethérapie seu-

le ou associée aux rayons X a été entreprise 5 à 8 jours plus tard. Les 18 malades ont été suivies pendant 6 à 7 ans. Sur 9 malades dont le cancer du col était au stade I, huit étaient toujours vivantes sans signes de récidives au bout de 6 ans et demi, la dernière ayant succombé à une récidive un an après le traitement. Sur les six cas de cancer cervical au stade II, il y avait 4 survies sans signes de récidive, et sur les trois cas au stade III, un seul survivait au bout de 6 ans et demi, en bon état.

Les malades traitées uniquement par curiethérapie, au nombre de huit, ont conservé dans six cas leurs menstruations. Six ans après le traitement, l'une de ces six malades est devenue enceinte, mais avec un avortement au 4ème mois. Chez les malades traitées par rayons X, aucune des 5 n'a continué à être réglée. Le déplacement des ovaires, la conservation de la fonction ovarienne, n'ont donc pas aggravé le pronostic de ces cancers cervicaux ; il est donc possible d'éviter une ménopause précoce par radiothérapie chez les femmes jeunes porteuses de cancer du col et traitées par la curiethérapie seule.

Voilà donc un argument en faveur de l'ovariectomie qui semble pouvoir être écarté : à savoir, le rôle aggravant du maintien de la fonction ovarienne sur le cancer génital.

Les travaux de GOMES DA SILVEIRA sont à la fois expérimentaux et cliniques. Ils semblent prouver que l'hystérectomie isolée provoque chez le rat adulte femelle des modifications de la cytologie vaginale et de la structure ovarienne. Une étude identique a été faite chez la femme, au moyen de frottis vaginaux effectués avant et après l'hystérectomie. On a également comparé les taux d'élimination

urinaire des gonadotrophines, pregnandioli et 17 cétostéroïdes avant et après l'ablation de l'utérus. Chez certaines des femmes ayant conservé leurs ovaires à la première intervention, et qui durent être réopérées, on pratiqua une biopsie au niveau des ovaires afin de suivre les éventuelles modifications structurales provoquées par l'hystérectomie primitive. Plusieurs chiens enfin ont été également hystérectomisés et leurs ovaires ont été examinés quatre à huit mois après l'intervention. Les conclusions de ces différentes recherches ont été les suivantes :

Chez le rat femelle adulte, l'hystérectomie n'a pas entraîné de modifications immédiates des courbes de la cytologie vaginale et susceptibles d'être attribuées uniquement à l'absence d'endomètre ; cependant l'hystérectomie a entraîné des modifications tardives correspondant à des altérations structurales des ovaires, identiques à celles constatées au niveau des ovaires de femmes et de chiens, chez qui l'on a pratiqué une hystérectomie. Chez les femmes opérées, l'hystérectomie a généralement provoqué des signes d'hyperfolliculinémie, correspondant bien aux grandes modifications de structure de l'ovaire, mais sans changement net du taux de l'élimination urinaire des gonadotrophines, du pregnandioli et des 17-cétostéroïdes. MUTH enfin a étudié la fonction ovarienne chez la femme hystérectomisée, question, dit cet auteur, encore fort discutée. Les expériences chez l'animal donnent des résultats contradictoires. Les études faites chez des femmes antérieurement hystérectomisées ayant conservé leurs ovaires, et ultérieurement réopérées, ont montré que les gonades conservaient un aspect normal et dans certains cas une fonction parfaitement physiologique. Cependant chez ces opérées, il n'est pas rare de voir survenir des troubles vaso-

moteurs, et aussi une dégénérescence kystique ovarienne.

MUTH a utilisé les frottis vaginaux qui permettent d'établir la présence, l'absence ou les anomalies du cycle vaginal dominé par l'ovaire ; ainsi a pu être étudiée la fonction ovarienne chez 90 femmes ayant subi une ablation du corps utérin. Vingt six de ces malades avaient eu une hystérectomie totale, 65 une amputation supravaginale sans conservation d'aucun fragment d'endomètre. Ces malades étaient toutes âgées de 42 ans au plus, et la plupart étaient d'un âge inférieur à 42 ans. Entre l'hystérectomie et l'examen de contrôle il s'est toujours écoulé au moins un an. La fonction ovarienne était normale avant l'intervention, les deux ovaires étaient présents, enfin on a fait deux frottis à quinze jours d'intervalle. Le frottis vaginal a été prélevé à l'aide de tampons de coton sur la voûte postérieure et a été immédiatement fixé dans l'alcool et l'éther, la coloration se faisant selon la méthode de PAPANICOLAOU.

L'examen cytologique a révélé des signes d'insuffisance ovarienne dans neuf cas, c'est-à-dire plus d'un tiers des femmes ayant subi une hystérectomie totale ; et dans dix cas, soit pas tout à fait un sixième des malades ayant eu une amputation supravaginale de l'utérus.

L'insuffisance ovarienne a été établie par MUTH d'après des aspects hypo-hormonaux et acycliques, mais aussi des cytologies de cycles monophasiques, et dans deux cas on a trouvé des types atrophiques mixtes de frottis. Dans la majorité des cas, on a pu constater un cycle vaginal biphasique normal, cela en particulier chez une femme dont les examens cytologiques ont été faits

en série sur une période de quatre semaines.

Chez 19 malades, on a pu établir par l'examen cytologique l'existence d'une insuffisance ovarienne ; parmi elles, quatre avaient moins de 36 ans, mais la majorité avait 38 ans ou davantage. Douze de ces femmes se sont plaintes de troubles vasomoteurs post-opératoires.

Pour MUTH, le résultat de ces études cytologiques ne confirme pas l'hypothèse selon laquelle l'utérus possède une activité endocrinienne propre. Pour lui, l'insuffisance fonctionnelle post-opératoire de l'ovaire relève surtout de troubles de la vascularisation et de la circulation au niveau de l'organe.

°°°

b) Dégénérescence kystique de l'ovaire après hystérectomie.

On admet généralement que la dégénérescence kystique de l'ovaire est d'origine hormonale. Aussi JACOBSEN a-t-il traité ses malades par les androgènes, avec un certain succès, chaque fois que les douleurs pelviennes et les divers symptômes gynécologiques se modifiaient au cours du cycle menstruel. En cas d'hystérectomie, il faut reconnaître que la dégénérescence kystique de l'ovaire reste de pathogénie obscure.

MANGENOT a consacré à ces kystes de l'ovaire restant après hystérectomie des travaux importants, car cet auteur a pu arriver à la conclusion que les kystes se produisent plus fréquemment lorsque la trompe a été également enlevée : ses statistiques donnent alors 16,5% de kyste de l'ovaire restant, contre 4 %

lorsque la trompe a été respectée.

FUNCK-BRENTANO donne une fréquence beaucoup plus faible : 1,72 % de ses cas, mais il ne retient que les malades qui ont dû être réopérées dans les suites éloignées de l'hystérectomie. Mais pour cet auteur, il doit également se produire des kystes sans signes fonctionnels, en particulier dans le cas où il ne reste qu'un seul ovaire. Cette dégénérescence kystique serait pour lui souvent temporaire, aussi ne faut-il pas se hâter pour pratiquer l'exérèse de l'ovaire kystique. KERYELL a eu l'occasion de vérifier l'état de l'ovaire restant après une première intervention : sur 80 ovaires restants, quatre seulement ont présenté une dégénérescence kystique. Cette rareté s'oppose aux constatations de G. WEILL qui, sur 28 cas d'ovaire restant réopérés à la Clinique gynécologique de Strasbourg entre 1945 et 1952, a trouvé onze fois une dégénérescence kystique de l'organe. Pour cet auteur, si la vascularisation artérielle semble avoir un rôle favorisant dans la genèse de cette dégénérescence kystique de l'ovaire restant, le rôle déterminant lui semble être dévolu à la quantité de parenchyme restant, par hypertrophie compensatrice ou par dégénérescence kystique selon la qualité du tissu.

Un cas particulier a été observé par MAGENDIE, LEGER et KOLENC après une hystérectomie subtotale sans conservation volontaire de l'ovaire. Mais l'hystérectomie difficile pour tumeur d'origine choriale probable a dû laisser un fragment ovarien adhérent, fragment qui a subi la dégénérescence kystique. Les prolans ont été négatifs, et l'évolution clinique reste contre le diagnostic de chorio-épithéliome. Mais l'hormonothérapie n'a pas réussi à freiner le développement de ce curieux kyste ovarien.

C'est sur le plan expérimental que se sont placés CRANGU et PASCOU pour étudier les modifications de l'ovaire restant cette fois après ovariectomie unilatérale. Chez l'animal, les injections par voie générale de testostérone, de syntofolline ou de para-oxyproprio-phénone ont eu une action préventive nette sur les formations kystiques. Les substances à action inhibitrice sur l'hypophyse ont permis à quelques animaux la gestation et la mise bas de progénitures vivantes.

°°.

c) Cancérisation de l'ovaire restant.

Des observations publiées, l'unanimité est loin d'être faite et si certains auteurs pensent que la dégénérescence maligne au niveau de l'ovaire restant est plus fréquente que chez les femmes non hystérectomisées, d'autres admettent que cette fréquence est identique, et que la lésion néoplasique a bien pu être déjà présente lors de la première intervention d'exérèse de l'utérus, qui ainsi ne présenterait plus aucune responsabilité dans la pathogénie du cancer ovarien révélé ultérieurement chez ces femmes hystérectomisées.

Toujours dans la statistique de FUNCK-BRENTANO, nous trouvons cette cancérisation de l'ovaire restant dans 0,17 % des femmes hystérectomisées antérieurement : fréquence non supérieure à celle du cancer de l'ovaire. On ne peut donc, pour cet auteur, invoquer un tel risque pour procéder systématiquement à la castration complémentaire de l'hystérectomie, même en sacrifiant des ovaires sains.

L.A. EMGE, de San Francisco, pense qu'il n'y a pas lieu de procéder à une ovariectomie lors d'une hystérectomie, si l'ovaire est sain, cela d'autant plus qu'on n'est

guère renseigné sur la valeur et l'importance fonctionnelle de l'ovaire chez la femme ménopausée (physiologiquement, ou chirurgicalement). De plus, certains auteurs admettent qu'en retirant un ovaire, on réduit de moitié les chances de cancer ovarien, ce qui est faux, parce que le cancer de l'ovaire est rare et parce qu'il est souvent bilatéral. La protection ainsi assurée ne dépasse certainement pas 10 %. EMGE n'a jamais vu une dégénérescence ovarienne se produire dans les suites de l'hystérectomie, sauf dans les quelques cas où les conditions d'apparition du cancer ovarien incitent à admettre que la lésion avait été méconnue au moment de l'ablation de l'utérus. Si l'ovaire est en bon état, pourquoi ne pas le conserver, ni surtout, pourquoi ne pas conserver les deux. On ne peut pratiquer une ovariectomie préventive comme on fait une appendicectomie. On ne saurait s'opposer à l'ablation d'un ovaire sénile, et souvent on le respecte lors d'une hystérectomie vaginale chez la femme âgée, sans qu'une complication survienne.

NOVAK est également d'avis que le cancer de l'ovaire restant est rare.

Mais voici deux autres statistiques qui semblent prouver le contraire : celle de COUNSELLER, HUNT et HAIGLER, et surtout celle de THORP.

Les premiers auteurs ont réuni 1500 observations de cancer de l'ovaire observés à la Clinique Mayo entre 1930 et 1952. 67 de ces malades, soit 4,5 % avaient subi une hystérectomie pour lésion bénigne de l'utérus. Trois facteurs ont surtout paru importants dans l'appréciation de ces observations :

- l'âge de la malade au moment où l'hystérectomie a été pratiquée :

- l'âge de la malade au moment où le cancer de l'ovaire a été découvert ;

- l'intervalle de temps écoulé entre l'hystérectomie et l'apparition du cancer de l'ovaire.

L'activité physiologique de l'ovaire intervient au premier chef dans la décision de la castration ou de la conservation de l'ovaire chez les femmes encore jeunes, avant la ménopause. Mais la période de la ménopause est variable, et l'on ne saurait citer un âge précis, 40, 44 ans ou davantage. Deux des 67 malades de COUNSELLER seulement avaient moins de 30 ans, et 20 entre 30 et 39 ans au moment où l'hystérectomie a été pratiquée. Enfin 45 malades avaient 40 ans ou davantage, 33 % environ des 67 malades avaient donc moins de 40 ans: or 4,5 % seulement des cancers ovariens se sont produits dans ce groupe. La survie de cinq ans pour 44 malades qui ont pu être suivies a été observée dans 36,4 % des cas. C'est pourquoi, sauf circonstances exceptionnelles, il semble douteux que des malades de moins de 40 ans, subissant une hystérectomie pour une affection bénigne, doivent également subir une ovariectomie afin d'éviter un cancer ultérieur de l'ovaire. La castration n'est à considérer que chez les femmes hystérectomisées pendant la ménopause ou après elle. Et cette période ne peut être déterminée que pour chaque cas particulier, d'après les signes cliniques présents.

Voyons enfin la statistique de THORP qui concerne 276 cas de tumeurs pelviennes excisées entre 1945 et 1949 chez des femmes antérieurement hystérectomisées, et chez qui l'on avait laissé un ovaire, ou les deux. La grande majorité de ces 276 tumeurs avait pour origine l'ovaire, et tous les types tumoraux étaient représentés : 10 fois la tumeur ovarienne était maligne, et 5 de ces femmes avaient déjà succombé à la néoplasie. Pour

THORP, il y a donc lieu de réviser la position conservatrice vis-à-vis de l'ovaire des femmes subissant une hystérectomie. Pour lui, puisqu'à la suite de l'ablation de l'utérus, l'ovaire s'atrophie, ou subit une dégénérescence kystique, mieux vaut associer systématiquement à l'hystérectomie l'ovariectomie bilatérale.

Pour THORP, l'atrophie ovarienne est très fréquente, sinon constante, chez la femme hystérectomisée ; opinion émise par les mêmes auteurs qui s'insurgent contre l'ovariectomie systématique. Pour THORP encore, ce conservatisme à outrance trouve selon ses défenseurs sa raison d'être en évitant aux femmes les inconvénients de la ménopause qui, eux, ne sont pas constants après l'hystéro-ovariectomie. La ménopause artificielle, radiothérapique ou chirurgicale, n'est pour THORP pas plus difficile à supporter et à traiter que le déclin physiologique de la fonction ovarienne. C'est pourquoi, toujours pour l'auteur américain, il n'y a aucune raison valable pour laisser en place des organes dont le destin ultérieur est imprévisible, mais qui peuvent tout au plus être le point de départ de très graves complications.

Nous sommes donc loin de l'opinion de l'Ecole française en particulier, pour qui le cancer de l'ovaire n'est pas plus fréquent chez la femme hystérectomisée que chez la femme normale, et pour qui, également, la suppression de l'activité hormonale de l'ovaire ne peut qu'avoir des résultats néfastes à tous égards.

- IV -

DISCUSSION

--

On voit que les arguments ne manquent pas pour combattre ou pour soutenir la théorie de la conservation de l'ovaire et de sa fonction hormonale malgré l'ablation de l'utérus. Pour FUNCK-BRENTANO, la conservation de l'ovaire possède des indications très larges, et la notion d'âge ne doit pas intervenir systématiquement. Car même à 50 ans et au-delà, la conservation d'un ovaire peut être utile.

L'ovarite scléro-kystique ne constitue pas à elle seule une contre-indication à la conservation de l'ovaire, pas plus que l'hydrosalpinx, naturellement après que l'on ait bien établi qu'il n'y avait pas d'épithélioma tubaire.

Naturellement, les tumeurs solides de l'ovaire, les annexites infectieuses, l'endométriose indéniable, sont des indications de castration bilatérale.

MOULONGUET conserve les ovaires au cours de l'hystérectomie, sauf en cas d'endométriose ; car pour lui la conservation ovarienne est la meilleure prévention des troubles subjectifs de la castration et du kraurosis vulvaire, et du cancer de la vulve qui risque d'en résulter.

RANDALL et GERHARDT ont fait un bilan sur les avantages et les risques offerts par la

conservation de l'ovaire au cours d'hystérectomies pratiquées chez des femmes de plus de quarante cinq ans.

Ces auteurs rappellent tout d'abord que les avantages de la conservation des ovaires lors d'une intervention chez une femme de plus de quarante cinq ans sont souvent considérés comme insuffisamment importants pour justifier le risque de voir l'ovaire conservé se cancériser ultérieurement. C'est pour préciser une position conforme à la réalité des faits que RANDALL et GERHARDT ont entrepris une enquête portant sur les examens histologiques de tumeurs excisées dans l'Etat de New York pendant douze ans. Le calcul du risque auquel on s'expose en conservant l'ovaire, au moins chez des femmes de plus de 50 ans, semble montrer que sur 1.000 femmes soumises à une laparotomie pélvienne, une tumeur maligne va se constituer dans 8 cas, et une tumeur bénigne dans six cas. Naturellement, ces tumeurs ne se seraient pas produites si les deux ovaires avaient été excisés au moment où l'on a effectué l'hystérectomie.

Mais on peut alors se demander si l'excision d'ovaires d'aspect normal est vraiment justifiée en tant que mesure de prévention de tumeur ovarienne ultérieure.

Il existe toujours des risques d'atteinte bilatérale des deux ovaires ; et avant de parler d'ovaire normal, il faudrait effectuer une inspection minutieuse et prélever un fragment aux fins d'examen histologique, pour établir si l'organe qui paraît normal n'est pas lui aussi le siège d'un début de lésion analogue à celle qui est déjà bien visible au niveau de son congénère.

Toutes ces précautions ne sont pas faciles à réaliser. De plus, l'ablation préventive des ovaires chez les femmes de plus de

45 ans rencontre également des objections : car sur 1.000 tumeurs de l'ovaire, 70 % environ se constituent avant l'âge de 45 ans, cela pour les lésions bénignes. Quant aux tumeurs malignes, on sait que leurs chances de se développer au niveau de l'ovaire diminuent rapidement après l'âge de 50 ans.

Si donc l'ovariectomie bilatérale systématique effectuée lors de l'hystérectomie uniquement chez des femmes de plus de 45 ou de 50 ans n'apporte guère de sécurité dans la prévention de cancers ovariens ultérieurs, on ne voit pas pourquoi on exposerait ces malades à une mutilation supplémentaire, grave dans ses conséquences endocrinienne et psychiques, et inopérante sur le plan de la prophylaxie.

On en revient alors à l'opinion des auteurs français qui cherchent à être aussi conservateurs que possible, tout en tenant évidemment compte des indications impératives de la suppression de la fonction ovarienne.

°°°

Pour terminer, nous voudrions indiquer le rôle "cancérigène" de la sécrétion ovarienne tel qu'il a été admis tout au moins dans l'évolution et la constitution de métastases du cancer mammaire. Car on peut alors se demander si ce qui semble avoir été assez bien démontré pour le cancer du sein et son hormonothérapie antagoniste ne serait pas également transposable au cancer de l'utérus. Autrement dit si, en dehors du risque de cancérisation de l'ovaire restant, la persistance de la sécrétion hormonale ovarienne dans un organisme déjà porteur d'une tumeur maligne génitale, ici utérine, ayant motivé l'hystérectomie, si cette sécré-

tion, disons-nous, ne serait pas un élément favorisant la récidence ou l'extension de la tumeur utérine primitive.

Nombreux sont les travaux cliniques qui tendent à prouver que dans le cancer avancé du sein, la castration, en supprimant la source principale de la sécrétion stéroïde, parfois associée à la surrénalectomie, est capable de stabiliser et même de faire régresser les métastases osseuses et les algies intolérables qu'elles provoquent.

PEARSON et ses collaborateurs, dans une récente étude, ont cherché à préciser plus objectivement l'action de la fonction ovarienne sur la croissance du cancer du sein, en déterminant l'élimination calcique, témoin de l'ostéolyse, chez six femmes préménopausiques porteuses de cancer du sein avec métastases osseuses. Cette calciurie a été déterminée tout au long du cycle menstruel, puis après ovariectomie et enfin au cours d'un traitement par hormones ovariennes. Les malades étaient soumises à un régime pauvre en calcium, de l'ordre de 200 mg de calcium par jour. Au début de l'expérience, toutes ces femmes présentaient une nette hypercalciurie avec, dans un cas, une hypercalcémie associée.

Les résultats, rapidement résumés, ont été les suivants : la calciurie, élevée avant que commencent les dosages, a continué à augmenter au cours du cycle menstruel. Au début des règles, il y a eu une chute qui cependant n'a pas atteint des taux normaux, l'hypercalciurie persistant. Durant le cycle suivant, qui dans un cas particulier a été anovulaire, la calciurie s'est à nouveau élevée jusqu'à atteindre un maximum de 800 mg par jour, tandis qu'apparaissait l'hypercalcémie. Puis la calciurie s'est à nouveau abaissée avec

disparition spontanée de l'hypercalcémie à l'apparition des règles.

À la suite de l'ovariectomie, la calciurie s'est abaissée à des taux normaux en une semaine, ce qui indiquait l'arrêt de l'ostéolyse. L'amélioration clinique, la régression des douleurs, ont été un peu plus tardives.

L'administration de progestérone n'a eu aucune action ni sur la symptomatologie clinique, ni sur la calciurie. L'administration d'oestradiol par voie buccale a ramené les douleurs, l'hypercalciurie et l'hypercalcémie ; la suppression des oestrogènes a fait disparaître hypercalciurie et hypercalcémie et a atténué les douleurs osseuses. La castration a assuré chez cette malade une rémission subjective et objective suivie, cinq mois plus tard, de récédive.

Ces faits ont été observés dans deux autres cas, alors que chez trois autres malades, on n'a noté ni variations calciuriques au cours du cycle, ni amélioration par la castration. D'où la conclusion selon laquelle il existerait deux types de cancer du sein chez la femme :

- l'un dont la croissance est soumise à l'action des oestrogènes,

- l'autre qui en est indépendant,

ces deux types ne sauraient être distingués par leur aspect histologique ni clinique. Mais l'étude de l'élimination calcique en permet la distinction. Si le type de cancer dépendant de la fonction oestrogénique va bénéficier de la castration, l'autre type, indépendant de cette sécrétion hormonale, ne sera pas influencé par la suppression des ovaires.

Pour en revenir au sujet qui nous occupe ici, on peut sans doute également penser que tous les cancers de l'utérus ne sont pas également sensibles à la sécrétion ovarienne, et l'on comprend alors que malgré la conservation des gonades en état fonctionnel, on puisse observer des guérisons durables de la tumeur traitée par hystérectomie conservatrice.

Tous ces faits nous semblent montrer que l'exérèse systématique des ovaires chez toute femme subissant une hystérectomie, pour lésion bénigne ou maligne, est une attitude qui ne correspond à aucune loi logique. Ces faits soulignent aussi les nombreuses incertitudes qui continuent à planer sur la fonction hormonale de l'ovaire aussi bien dans les conditions physiologiques de la ménopause et de la sénescence que dans les états pathologiques primitifs ou secondaires à une atteinte utérine.

- V -

CONCLUSIONS

--

I.- Ni les faits expérimentaux, ni les observations anatomocliniques et biologiques, n'ont apporté la pleine lumière sur le devenir de l'ovaire restant après hystérectomie. Ces incertitudes nous semblent avant tout dépendre de la diversité des circonstances étiologiques dans lesquelles l'ablation de l'utérus a été pratiquée : âge de la malade, fonction ovarienne pré-opératoire, indication de l'hystérectomie, délai écoulé entre l'observation de la suppression de l'utérus et l'étude de l'état de l'ovaire.

II.- Il semble bien que dans une importante proportion des cas, l'ovaire restant continue à posséder une valeur endocrinienne suffisante pour assurer à la malade un équilibre hormonal satisfaisant. Cependant des observations montrent que l'ovaire restant peut subir :

- une dégénérescence kystique,
- une dégénérescence maligne.

III.- La fréquence avec laquelle ces altérations de l'ovaire restant apparaissent est très diversement appréciée selon les auteurs ; pour les uns, le risque est suffisant pour commander l'ovariectomie bilatérale systématique. Mais pour le plus grand nombre, les cas de cancer ovarien ne sont guère plus nombreux chez la femme hystérectomisée que chez la femme normale. La plupart des

auteurs sont actuellement partisans de la conservation de l'ovaire chaque fois que possible.

IV.- Il ne saurait en tous cas être édicté de loi applicable à tous les cas, la notion d'âge de la malade, de la nature de la lésion causale, de l'état fonctionnel de l'appareil génital, devant chaque fois être prise en considération, la décision, aussi conservatrice que possible, tenant compte au maximum de l'intérêt somatique et psychique de la malade.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : L. de GENNES

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

V.S. COUNSELLER, W. HUNT, F.H. HAIGLER jr.

Carcinoma of the ovary following
hysterectomy

Am.Journ.Obst.Gyn. LXIX pages 538-546
mars 1945

M. CRANCU, P. PASCOU

Modification de l'ovaire restant
après ovariectomie unilatérale
Soc.Gyn.Obst. 18 nov. 1957

J.C. DOYLES

Unnecessary ovariectomies. Study based
on removal of 704 normal ovaries from
546 patients,

J.A.M.A. CXLVIII pages 1105-1111 29
mars 1952

P. FUNCK-BRENTANO

L'ovaire restant après hystérectomie
Revue fr.gyn.obst. LIII pages 217-256
mars 1958

J. GOMES DA SILVEIRA

Les effets de l'hystérectomie sur la
fonction ovarienne

Revista ginecol.obst. XCVIII page 515
1956

J. KERYELL

Sur 80 cas d'ovaires restant revus
4 à 8 ans après une intervention initia-
le
Soc.Gyn.Obst.Paris 1er déc. 1952

C. KREBS, N. BLIXENKRONE-MØLLER

Ovarian function after combined surgical and radiologic treatment of early cervical cancer

Acta radiol. XLIX pages 128-136 fév. 1958

Ugeskr.Laeger CXX pages 1012-1015
31 juill. 1958

MAGENDIE, LEGER, KOLENC

Kyste de l'ovaire après hystérectomie subtotale pour tumeur d'origine choriale probable

Soc.Chir.Bordeaux avril 1953

Comportement hormonal de l'ovaire réséquant

Soc.Fr.Gyn. 5 oct. 1953

P. MOULONGUET

Avantages et limites de la conservation ovarienne dans les hystérectomies

Soc.Gyn.Obst. 3 fév. 1958

H. MUTH

La fonction ovarienne après hystérectomie

Zentralbl.Gynäk. LXXV pages 1733-1737
1953

E. NOVAK

Application of physiologic and pathologic principles to surgery of the ovary

Journ.Am.Med.Assoc. CXLVI pages 881-885 7 juill. 1951

O.H. PEARSON, C.D. WEST, N.E. TREVES

Role of ovarian function in growth of mammary carcinoma in man

J.Clin.Investig. XXXII page 594 1953

Evaluation of endocrine therapy for advanced breast cancer

J.A.M. CLIV pages 234-239 16 janv. 1954

- C.L. RANDALL, P.R. GERHARDT
Advantages and risks of preserving
ovary after age of 45
New York State J. Med. LIII pages 2467-
2472 1er nov. 1953
- D. THORP
Ovarian carcinoma subsequent to
hysterectomy
Western J. Surg.Obst.Gyn. LIX pages 440-
448 sept. 1951
- G. WEILL
Quelques considérations sur l'ovaire
restant
Soc.Gyn.Obst. Strasbourg 8 nov. 1952

TABLE DES MATIERES

--:-

	Pages
I.- Introduction	15
II.- Circonstances étiologiques	20
III.- Comportement de l'ovaire restant	24
a) fonction ovarienne	24
b) dégénérescence kystique	29
c) cancérisation	31
IV.- Discussion	35
V.- Conclusions	41
VI.- Bibliographie	43

--:-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

I

II

I

V

